

Näkökulma

TIMO STRANDBERG

LKT, geriatrian professori
Helsingin ja Oulun yliopistot,
HUS

KAISU PITKÄLÄ

LKT, yleislääketieteen professori
Helsingin yliopisto ja HUS

JOHAN ERIKSSON

LKT, yleislääketieteen professori
Helsingin yliopisto ja HUS

Miksi ihmeessä ei sairauksia saisi ehkäistä?

Nykyaikana on vaikea ymmärtää mistä preventiokielteisyyys kumpuaa. Vielä vaikeampaa on ymmärtää, miksi kritiikki kohdistetaan myös sydän- ja verisuonisairauksien primaaripreventioon.

”Ensin täällä tehdään sairaita ja sitten sairaala”, laulettiin 70-luvulla. Tämä tulee mieleen joidenkin lääkärivaikuttajien etenkin sairauksien primaaripreventioon kohdistamasta kritiikistä. Miksi ihmisten pitäisi antaa sairastua ja vasta sitten ryhtyä hoitamaan? Täysin nurinkurista ajattelua aikana, jolloin näyttö monien primaaripreventiotoimenpiteiden vaikuttavuudesta on vain vahvistunut.

Miksi ihmeessä kritiikki kohdistetaan myös sydän- ja verisuonisairauksien primaaripreventioon? Verenpainetauti tekee tuhoaan väijäämättömästi ja mitä pitempään odotellaan, sitä vaikeammin korjattavaa jälkeä syntyy.

Nykyaikana on vaikea ymmärtää mistä preventiokielteisyyys kumpuaa, vaikka selityksiä onkin etsitty (1). Elävätkö jotkut vielä Ivan Illichin 1970-luvun maailmassa, jolloin saattoi olla vaarallisempaa mennä lääkäriin kuin olla menevä? Ovatko kritiikot ymmärtäneet Hippokrateen valan täysin väärin? Olisiko hän antanut valtimotauririskissä olevien potilaitensa sairastua ja vammautua, jos käytössä olisivat olleet nykyaikaiset, hyviksi koetut ja halvat verenpainelääkkeet ja statiinit? Tuskin. Argumentteja primaariprevention puolesta on useita.

Riskin yleisyys ei tee siitä vaaratonta

Sydän- ja verisuonitaudit ovat edelleenkin maailmanlaajuisesti merkittävien sairausryhmä, ja sairauksille on olemassa näyttöön perustuvat, edulliset ehkäisykeinot. Valtimotaudit ovat todennäköisesti myös monien vanhuuden oireyhtymien (haurastuminen, dementia, kaatuilu- taipumus jne.) merkittävä taustatekijä (2).

Usein päätetapahtumia laskettaessa otetaan huomioon vain yksi, kuten kuolema tai sydäninfarkti. Vanhuuden toiminnanvajeiden moninaisuutta ei vielä ymmärretä.

Valtimotauririskin yleisyys hyvinvointiyhteiskunnissa ei tee sitä normaaliksi tai vaarattomaksi. Verenpaineen tai kolesterolin lääketieteellisiä tavoitteita ei ole tarkistettu ensijaisesti kaupallisista syistä vaan siksi, että verenpaine yli 110/80 mmHg (tämä todettiin jo 1930-luvulla ennen verenpainelääkkeiden keksimistä!) tai LDL-kolesteroli yli 1,8 mmol/l ovat patofysiologisesti haitallisia valtimoiden, sydämen ja aivojen kannalta. Suositusarvot ovat siten terveystieteellisiä ja voidaan tietysti vetää mihin tahansa. Loppujen lopuksi päätökset hoidosta primaaripreventiossa tekevät kansalaiset itse. Pitäisikö meidän puhua heille vastoin parasta tietoaamme?

Elämäntapa- ja elämäntapainäkökulma mitätöi lyhytnäköiset 5–10 vuoden NNT-laskelmat, joihin toistuvasti ja mielestämme virheellisesti vedotaan. Krooninen tauti vaatii kroonista hoitoa ja NNT:kin pitää laskea sen mukaan. Moni halvaksi tullut lääkahoito on jo kustannuksia säästävää.

Skotlantilaisessa WOSCOPS-tutkimuksessa (3) hoidettiin alunperin terveitä 45–64-vuotiaita miehiä 5 vuotta pravastatiinilla tai lumeella. 20 vuoden aikana statiiniryhmän hyöty kasvoi; mm. kokonaiskuolleisuus, sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminnan ilmaantuvuus olivat vähäisempiä kuin lumeella hoidetuilla. Myös kustannuksia säästy. Naisista ei ole vastaavalaista pitkäkestoista tutkimusta, mutta tuskinpa naisilla ja miehillä on muuta eroa kuin se, että

KIRJALLISUUTTA

- 1 Fineberg HV. The paradox of disease prevention. Celebrated in principle, resisted in practice. *JAMA* 2013;310:85–90.
- 2 Strandberg TE, Pitkälä KH, Tilvis RS, O'Neill D, Erkinjuntti T. Geriatric syndromes – vascular disorders? *Ann Med* 2013;45:265–73.
- 3 Packard C, Ford I, Murray H, McCowan C. Lifetime and clinical benefits of statin-based LDL-lowering in the 20-year follow-up of the West of Scotland Coronary Prevention Study (WOSCOPS). *American Heart Association Scientific Sessions 2014*. http://my.americanheart.org/professional/Sessions/ScientificSessions/ScienceNews/SS14-Clinical-Science-Special-Reports_UCM_468860_Article.jsp#scotland
- 4 Leening MJG, Ferket BS, Steyerberg EW ym. Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease: prospective population based cohort study. *BMJ* 2014;349:g5992 doi: 10.1136/bmj.g5992
- 5 Anglemyer A, Horvath HT, Bero L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4:MR000034.
- 6 McManus RJ, Mant J, Haque MS ym. Effect of self-monitoring and medication self-titration on systolic blood pressure in hypertensive patients at high risk of cardiovascular disease: the TASMIN-SR randomized clinical trial. *JAMA* 2014;312:799–808.

Krooninen tauti vaatii kroonista hoitoa.

PantherMedia



naisilla taudit ilmaantuvat myöhemmin. Holantilaisen väestötutkimuksen mukaan (4) naisten ongelmat myös painottuvat enemmän aivo-verenkiertoon ja sydämen vajaatoimintaan, ja tutkijat korostavatkin primaariprevention riittävän aikaista aloitusta.

Todellisen elämän hyöty voi yllättää

Satunnaistetut tutkimukset näyttävät heijastavan hyvin tilannetta myös elävässä elämässä – hoidon vaikuttavuutta. Tästä on tuoretta tietoa Cochrane-katsauksessa (5). Tutkimuspotilaiden suuri poikkeavuus ”tavallisista” potilaista onkin sitkeästi toisteltu myytti. Itse asiassa nettohyödyn olettaisi olevan pienempi, kun kontrollipotilaatkin aina saavat ”parasta hoitoa”. Hyöty todellisessa elämässä voikin olla suurempi kuin kontrolloiduissa tutkimuksissa.

Valtimotautien primaariprevention ei tarvitse kuormittaa perusterveydenhuoltoa. Verenpai-

nelääkityksen säätämisestä voidaan antaa enemmän vastuuta potilaalle (6) ja statiinihoidon kontrolleja voidaan hyvin harventaa.

Tässä onkin kummallinen paradoksi: prevention kustannukset halpenevat ja hoito yksinkertaistuu, mutta tautien kustannukset kasvavat ja hoidot monimutkaistuvat. Ei kai preventiokriitikoiden syy ole ideologinen: Lääkkeitä vaan ei saa käyttää – etenkin kun lääkefirmat hyötyvät.

Ideologiat ovat tunnetusti hengenvaarallisia. Totta, että joku hyötyy kun preventiolääkkeitä myydään, mutta hyötyyhän joku tautienkin hoidosta. Ja sairauden puhjettua vasta monia lääkkeitä käytetäänkin! Veronmaksajat maksavat joka tapauksessa. Uskomme että preventio tulee halvemmaksi. Sopinee Hippokrateellekin: älä anna ehkäistävän sairauden vahingoittaa potilastasi. ■